

THÈSE

522

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

A. MARANTIS

Né à Grota (Grèce)

le 16 Septembre 1894

UN CAS DE PÉRICARDITE BRIGHTIQUE

AVEC GUÉRISON ET SURVIE PROLONGÉE

Président de Thèse : M. le Professeur CARNOT

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, Boulevard Saint-Germain, 91

1921

522

UN CAS DE PERICARDITE BRIGHTIQUE

AVEC GUÉRISON ET SURVIE PROLONGÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention Médecine)

A. MARANTIS

Né à Gropa (Grèce)

le 16 Septembre 1894

UN CAS DE PÉRICARDITE BRIGHTIQUE

AVEC GUÉRISON ET SURVIE PROLONGÉE

Président de Thèse : M. le Professeur CARNOT

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, Boulevard Saint-Germain, 91

1921



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER

Anatomie descriptive.....	MM.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....		CUNÉO.
Histologie.....		PRENANT.
Anatomie pathologique.....		LETULLE.
Chimie.....		DESGREZ.
Physique.....		André BROCA.
Parasitologie.....		BRUMPT.
Bactériologie.....		BEZANÇON.
Physiologie.....		RICHET.
Pathologie expérimentale.....		ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales.....		Marcel LABBÉ.
Pathologie externe.....		LECENE.
Pathologie interne.....		RÉNON.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		CARNOT.
Opérations et appareils.....		Pierre DUVAL.
Hygiène.....		Léon BERNARD.
Médecine légale.....		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine.....		MÉNÉTRIER.
Cliniques médicales....	}	Hôtel-Dieu.....
		Beaujon.....
		Cochin.....
Clinique thérapeutique de	}	Saint-Antoine.....
		la Pitié.....
		Hôtel-Dieu.....
Clinique chirurgicale..	}	Saint-Antoine.....
		Cochin.....
		Salpêtrière.....
		Tarnier.....
Clinique obstétricale...	}	Baudelocque.....
		Pitié.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BRINDEAU.
— des maladies infectieuses.....		JEANSELME.
— des maladies nerveuses.....		TEISSIER.
— des maladies mentales.....		P ^e MARIE.
— infantile médicale.....		DUPRÉ.
— d'hygiène de la première enfance.....		NOBÉCOURT.
— infantile chirurgicale.....		MARFAN.
— des voies urinaires.....		Auguste BROCA.
— gynécologique.....		LEGUEU.
— ophtalmologique.....		FAURE.
— oto-rhino-laryngologique.....		DE LAPERSONNE.
Physiologie appliquée à l'éducation physique.....		SEBILLEAU.
Stomatologie.....		LANGLOIS, agrégé.
		FREY.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	DESMARETS.	LAIGNEL-LAVASTINE.	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDUIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CAMUS (J.).	GUILLEMINOT.	LÉVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR O. JOSUÉ

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le plus chaleureux
accueil dans son service et nous a entouré
de toute sa bienveillance, en témoignage
de ma profonde gratitude.

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR CARNOT

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A M. LE PROFESSEUR F. WIDAL

Professeur de Clinique Médicale

Membre de l'Institut

Membre de l'Académie de Médecine

Hommage de respectueuse reconnais-
sance pour la bienveillance qu'il nous a
toujours témoignée.

A MES MAITRES

A MON AMI LE DOCTEUR M. PARTURIER

Témoignage d'amitié et de reconnais-
sance pour ses précieux conseils.

Un cas de Péricardite brightique

avec guérison et survie prolongée

Nous avons observé un cas de péricardite brightique qui s'est terminée par la guérison. Ce fait est fort rare et nous a paru digne d'être rapporté. Nous ne croyons pas utile, à propos d'une observation qui peut à elle seule donner quelque intérêt à ce travail, de faire l'histoire de la péricardite brightique. D'autres l'ont fait, et nous nous contentons de renvoyer aux traités classiques, à la revue générale de Rabé (1) et à la thèse d'André Weill (2) que l'on consultera avec profit. Qu'il nous suffise simplement de remettre en mémoire quelques faits propres à faciliter l'intelligence de l'observation que nous relatons.

La péricardite survenant à la période terminale du mal de Bright est connue depuis le célèbre mémoire de

(1) M. RABÉ. La péricardite brightique. *Gazette des Hôpitaux*, 21 août 1897.

(2) A. WEILL. *L'Azotémie au cours des néphrites chroniques*. Thèse de Paris, 1913. Steinheil éditeur.

Richard Bright (1). Blackall, Gregory, Christison, en ont rapporté des observations. Rayer (2), en 1840, dans son 'traité classique des maladies des reins, écrivait « que la possibilité du développement de la péricardite dans un cas de néphrite albumineuse chronique doit être connue du médecin, afin qu'il étudie soigneusement l'état du cœur dans le cours de l'affection rénale... La péricardite, maladie toujours grave, l'est encore plus lorsqu'elle survient dans des conditions aussi fâcheuses. »

Mais, tandis que Bright pensait qu'il y a une relation directe entre la néphrite et la péricardite, celle-ci étant la conséquence d'altérations chimiques du sang, Rayer a soutenu au contraire qu'il n'y a parfois que coïncidence et il écrit que « le développement de la péricardite paraît être quelquefois tout-à-fait indépendant de l'affection rénale... » Il reconnaît d'ailleurs « qu'il n'est pas toujours facile de distinguer les cas dans lesquels l'inflammation du péricarde, constatée pendant la vie ou seulement après la mort, doit être considérée comme une suite de la néphrite albumineuse, de ceux où la péricardite est une dernière conséquence d'autres lésions cardiaques, plus anciennes, existant en même temps que ces deux affections; et de ceux, enfin dans lesquels les inflammations des reins et du péricarde peuvent être l'effet d'une même cause... »

Cette incertitude persiste encore, malgré les nombreux travaux pathogéniques sur la péricardite brightique.

Les uns, avec Lécorché et Talamon (1888) (3), considè-

(1) R. BRIGHT. *Reports of medical cases*, in-4, London 1827.

(2) P. RAYER. *Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire, etc...* J.-B. Baillière, 1840, tome II, p. 237.

(3) LÉCORCHÉ et TALAMON. *Traité de l'Albuminurie et du Mal de Bright*. Paris, Doïn, 1888.

rent la péricardite brightique comme liée à une infection favorisée par la cachexie rénale (Bosc (1), Ménétrier (2), Oulmont et Ramond) (3).

Les autres, avec Lancereaux et Kéraval (4), incriminent l'intoxication urémique, les recherches bactériologiques de Banti (5), Merklen (6), Dessy ayant donné des résultats négatifs.

Quoi qu'il en soit, il est un point sur lequel l'accord est unanime : c'est que la péricardite du brightique est une complication grave, dont le dénouement est toujours fatal dans un délai de quelques jours.

Widal (7) et son élève André Weill ont montré que cette évolution, rapidement mortelle, s'explique parce que, « septique ou aseptique, la péricardite, chez les brightiques, doit être considérée, avant tout, comme un témoin de l'azotémie. Sa constatation a, par là même, une signification redoutable. Si la péricardite des sujets atteints de néphrite entraîne la mort à brève échéance, ce n'est pas seulement le fait de la localisation sur la séreuse, mais surtout parce qu'elle est une manifestation de l'azotémie. »

En effet, 11 cas de péricardite observés par Widal et A. Weill se sont rencontrés chez de grands azotémiques.

(1) F.-J. BOSCH. De la péricardite des brightiques. *Presse médicale*, 28 septembre 1898, p. 185.

(2) MÉNÉTRIER et PINEAU. *Bull. soc. anat.*, 1892, p. 769.

(3) OULMONT et RAMOND. Sur la péricardite brightique purulente. *Presse médicale*, 10 novembre 1900, p. 327.

(4) P. KÉRAVAL. *Etude clinique et expérimentale sur la péricardite urémique*. Thèse de Paris, 1879, n° 17.

(5) G. BANTI. Ueber die Aetiologie der Pericarditis. *Deutsche med. Woch.*, XII, 1888.

(6) MERKLEN. La péricardite des brightiques. *Semaine médicale*, 6 avril 1892.

(7) WIDAL et WEILL. La péricardite des brightiques. *Journal d'Urologie*, février 1912, p. 177, et André Weill, *Thèse citée*, p. 119.

Dans deux cas, le taux de l'urée dans les humeurs était légèrement inférieur à 2 grammes ; dans six cas, il était compris entre 2 et 3 grammes ; dans trois cas, il dépassait 3 grammes. L'évolution clinique a duré, dans sept cas, de deux à huit jours.

La notion du pronostic immédiatement fatal de la péricardite brightique, telle que l'ont établie Widal et A. Weill, a été depuis si fréquemment confirmée qu'elle est devenue classique. Aussi tout récemment, Chauffard et Huber (1), ont-ils rapporté à la Société Médicale des Hôpitaux, comme un fait de singularité clinique, un cas de péricardite ayant guéri au cours de l'évolution d'une néphrite azotémique terminée ultérieurement par la mort, et dont nous résumons ici l'observation.

Madame L..., vingt-trois ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine pour des accidents pulmonaires, avec torpeur, survenus un mois après un accouchement.

Dans *ses antécédents personnels*, on note 2 grossesses compliquées de vomissements et d'albuminurie avec œdème.

Vers le 15 Mars 1920, après son accouchement, la malade s'est sentie souffrante, a eu de la fièvre, des maux de tête accompagnés de lassitude générale.

Elle s'est mise à cracher des crachats teintés de sang et l'oppression augmentant, un médecin appelé l'a envoyée à l'hôpital.

Le jour de l'entrée, 29 avril 1920, la malade est incapable de fournir aucun renseignement sur son état, elle est plongée dans un état de subcoma. L'examen fait constater chez elle, au sommet gauche, l'existence d'une zone de souffle et de

(1) A. CHAUFFARD et J. HUBER. Péricardite urémique avec frottement dorsal et terminée par guérison. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hop.*, 4 février 1921, p. 101.

râles sous-crépitants. Elle expectore des crachats teintés de sang. Les urines rares montrent une albuminurie massive.

Le lendemain 30 Avril, elle répond un peu, quoique imparfaitement, aux questions qui lui sont posées. On note que les téguments sont jaunâtres, mais que les conjonctives ne sont pas ictériques, les jambes sont enflées.

On retrouve la matité avec souffle et râles aussi à la base gauche. Les crachats sont épais, couleur abricot.

Le foie, à la percussion, n'offre qu'une faible matité, 5 à 6 cm, la rate n'est pas hypertrophiée.

Les bruits du cœur sont sourds, le poulx bat à 100. Dans les urines, l'albumine s'élève à 7 grammes par litre.

La malade est saignée, on retire avec peine 150 grammes d'un sang épais, des ventouses scarifiées complètent à 300 gr. la saignée. On trouve dans le sérum 2 gr. 79 d'urée (à la date du 29 Avril, jour de l'entrée) cholestérine 2,49, une cholérine normale (méthode de Fouchet).

Le 1^{er} Mai une amélioration se dessine, la malade répond mieux aux questions posées, elle boit seule. Pourtant la matité hépatique semble diminuée.

Les signes pulmonaires n'ont pas varié ; dans les crachats, on peut mettre en évidence le pneumocoque, quelques bacilles de Koch.

Urines rares, 500 grammes ; dans le sédiment, on trouve des cylindres granuleux peu nombreux, pas de cristaux de leucine ni de tyrosine, mais des cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens.

Dans le sang prélevé le 30 Avril on trouve :

Urée.....	2 gr. 179
Cholestérine.....	2 gr. 43

Les 2 et 3 Mai, amélioration ; les signes pulmonaires se réduisent à une respiration soufflante, au sommet gauche, quelques râles sous-crépitants à la base.

La langue est saburrale, mais plus humide, le ventre un peu ballonné, la matité hépatique est la même.

Le 3 Mai on note un souffle systolique mitral à la pointe. (Pression artérielle au Pachon : 13-9).

La température normale à l'entrée, est montée progressivement pour atteindre 40°, le 1^{er} Mai, pour redescendre ensuite progressivement à 38° 5. Le pouls rapide bat à 115 à la minute.

La malade est au régime lacté absolu; elle reçoit du sérum glucosé en instillations rectales.

Le jour suivant 4 Mai, un bruit de frottement s'entend très nettement à la région précordiale ; aux deux temps, bruit à timbre très râpeux, donnant à l'oreille le bruit de va-et-vient, s'exagérant par l'appui du stéthoscope et la position assise. Le frottement perceptible à la main, s'entend également dans le dos où il déborde les limites de l'hémithorax gauche, on peut le suivre jusque dans la région de l'aisselle droite.

La pointe du cœur n'est pas rejetée en dehors, la percussion permet de la localiser au-dessous du mamelon. La matité hépatique a un peu augmenté.

Le frottement a diminué d'intensité.

Urée.....	3 gr. 10
Cholestérine.....	2 gr. 19
Acide urique.....	0 gr. 16

Le 7 Mai, le frottement dorsal s'atténue davantage, le pouls pendant toute cette période est resté au voisinage de 107.

La température, retombée le 6 à la normale, s'élève de nouveau aux environs de 38°.

Le 10 Mai, tout frottement cesse d'être perceptible. De nouveau on entend un souffle systolique mitral.

Dans les jours qui suivent la température remonte à 39°, 40° du 14 au 16 Mai. La malade éprouve de la céphalée, plusieurs épistaxis se produisent, l'urée du sang remonte à 2 gr.

42. L'albumine urinaire oscille autour de 1 gramme au tube d'Esbach. Le souffle systolique cesse d'être perçu ; bruit de galop, par hypotonie ventriculaire.

Le cœur est rapide entre 100 et 110.

Du 24 au 28 Mai la température accuse de nouvelles oscillations, le taux des urines tend à s'abaisser de nouveau. Le souffle systolique est constaté de nouveau le 25 Mai. Mais aucun frottement n'est décelable.

Le mois de Juin se passe dans le même état, avec un taux d'urines d'environ un litre par jour, des maux de tête fréquents, des nausées, parfois des vomissements.

Le 4 Juin l'urée sanguine est de 2 gr. 18.

Le 17 Juin l'urée sanguine est de 2 gr. 74.

Le 3 Juillet l'urée sanguine est de 3 gr. 45.

Des malaises allant jusqu'à de légères syncopes se produisent à l'occasion d'un effort, d'un changement de position, d'applications de ventouses. Pourtant les signes d'auscultation ne traduisent pas une évolution marquée des lésions pulmonaires, tout au plus trouve-t-on à gauche, en arrière, de l'obscurité du sommet et de la base gauche où on entend quelques frottements.

Le pouls petit, mal frappé, reste accéléré entre 100 et 120, la température est aux environs de 38°, la pression artérielle baisse de nouveau, 11 ou 12 comme maxima, 5 comme minima au Pachon.

Le taux des urines tombe à un demi litre, l'intolérance gastrique est presque complète ; le myosis est marqué, la respiration superficielle.

L'abattement progresse et la mort survient le 13 juillet 1920.

A l'autopsie, on a noté une pleurite adhésive de toute la base et de la région moyenne du poumon gauche, avec la paroi et le péricarde, sans liquide dans la plèvre et une tuberculose

ulcéro-caséreuse du sommet gauche ; le reste du poumon gauche était semé de granulations.

Dans la cavité péricardique, pas de liquide, le cœur de volume normal était flasqué et mou. Sur toute la surface du cœur droit, oreillette et ventricule, présence d'un léger dépôt fibrineux, blanchâtre ou opalescent. Pas de lésions cardiaques orificielles.

Les reins très petits, offrent l'aspect de reins scléreux, à peine gros comme la moitié d'un rein normal.

Chauffard et Huber concluent :

« L'origine urémique de la péricardite que nous avons observée ne nous paraît pas discutable, et elle est survenue dans les conditions classiques signalées par F. Widal et A. Weill, au cours d'une néphrite déjà ancienne, peut-être due à l'infection bacillaire, et accompagnée d'une azotémie élevée de 2 gr. 79 et d'une hypercholesterinémie de 2 gr. 43. Rien là que de classique. »

« Mais ce qui est exceptionnel, c'est que cette péricardite a guéri, malgré l'état très grave de la malade, l'atrophie passagère du foie, les lésions de tuberculose ulcéreuse du sommet gauche, l'aggravation progressive de l'azotémie. C'est là un fait très rare et qui a donné un démenti à un pronostic qui ne paraissait pas douteux. La mort n'est survenue que près de deux mois et demi plus tard, en état d'urémie lente et cachectique. »

Une objection se pose au sujet de cette observation. Il est permis de se demander jusqu'à quel point, chez une malade indiscutablement bacillaire, une péricardite ayant évolué avec fièvre marquée (40°), ne peut pas être considérée elle-même comme une infection séreuse coïncidant avec un syndrome azotémique. Ceci dit, le fait rapporté par ces auteurs n'en garde pas moins un gros intérêt, car

les faits de ce genre ne sont, certes, pas nombreux et celui de MM. Chauffard et Huber est le seul dont nous ayons pu avoir connaissance dans la littérature médicale.

Aussi avons-nous pensé qu'il était intéressant de faire connaître l'observation d'un cas de péricardite qui présente une grande analogie avec la précédente et dont la nature brightique nous paraît encore moins discutable.

Notre maître, M. le Docteur O. Josué, nous a permis de disposer de cette observation recueillie dans son service de la Pitié; qu'il nous permette de le remercier ici de cette marque d'une bienveillance dont il nous a donné tant d'autres preuves.

* * *

OBSERVATION. — Mme R..., 50 ans, concierge, entre à l'Hôpital de la Pitié, dans le service du Dr Josué, le 25 mai 1920, parce qu'elle se sent très fatiguée depuis bientôt quatre mois.

Dans ses *antécédents personnels*, on note une ovariectomie ancienne et une néphrectomie gauche il y a quatre ans; elle ne peut préciser les motifs qui ont déterminé cette dernière opération. Elle n'a pas eu d'autres maladies. Pas de rhumatisme articulaire aigu.

Dans ses *antécédents héréditaires et collatéraux*, il n'y a rien à signaler.

La malade, de constitution moyenne et jouissant d'une assez bonne santé, a été prise, il y a environ quatre mois, d'une diarrhée tenace qui l'obligeait à aller à la selle quatre à cinq fois par jour. Peu après l'apparition de la diarrhée, elle a commencé à avoir des vomissements survenant chaque matin aussitôt qu'elle se levait ou après le petit

déjeûner, vomissements glaireux et qui se produisaient sans effort.

Ces troubles se sont progressivement aggravés et ont acquis une intensité particulière depuis quinze jours. La malade a perdu ses forces ; elle éprouve une sensation de lassitude profonde et n'a plus le courage de s'occuper de son ménage.

Il semble qu'elle ait présenté, depuis plusieurs mois, quelques petits signes du mal de Bright : crampes dans les mollets, sensation de doigt mort, céphalée et mouches devant les yeux. Mais elle ne s'en plaint plus actuellement. Il y a près de huit mois, la vue a baissé brusquement de l'œil droit.

Depuis trois jours, elle n'a plus ni diarrhée ni vomissements, mais elle conserve une asthénie extrême et se sent complètement anéantie.

Actuellement, la malade est amaigrie, pâle, asthénique. L'interrogatoire la fatigue visiblement, mais elle répond de bonne grâce aux questions qu'on lui pose. Elle conserve une lucidité intellectuelle parfaite et ne présente aucune défaillance de la mémoire. Elle ne se plaint que d'une grande faiblesse qui l'empêche de faire le moindre mouvement. L'examen physique révèle des signes très importants concernant surtout l'appareil cardio-rénal.

La pointe du cœur bat au 5^e espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire. La pression est douloureuse au niveau des 4^e et 3^e espaces intercostaux gauches, le long du sternum. La matité est augmentée de volume, surtout à gauche. Les bruits du cœur sont un peu affaiblis. A la pointe, on a l'impression d'un prolongement du premier bruit. D'ailleurs tous les bruits du cœur sont masqués par un *frottement péricardique*, véritable bruit de va-et-vient,

à timbre râpeux, qui s'entend à la base, et présente son maximum d'intensité à la partie moyenne de la région précordiale. Il ne se propage pas.

Le *pouls* régulier, un peu dur, bat à 85 à la minute.

Les artères sont assez souples ; la tension est de 17-10 au Pachon.

A l'appareil respiratoire, on note quelques râles de congestion aux deux bases des poumons.

Le foie dépasse de un travers de doigt les fausses côtes ; il n'est pas douloureux à la pression.

Appareil urinaire. — Depuis l'opération de la néphrectomie, la malade ne s'est plainte d'aucun trouble urinaire. Elle présente cependant un peu de pollakiurie, et la nuit, elle se lève deux fois pour uriner. En ce moment, ses urines sont notablement diminuées — un demi-litre à peine par vingt-quatre heures — foncées et donnent un précipité abondant à la chaleur. Le tube d'Esbach indique 0 gr. 90 d'albumine par litre.

L'appareil digestif n'offre rien d'intéressant ; les vomissements et la diarrhée ont complètement cessé depuis trois jours ; le ventre n'est pas douloureux à la pression. Cependant la malade n'a pas d'appétit ; sa bouche est pâteuse et amère, sa langue sale.

Elle n'a pas d'œdèmes.

Le système nerveux est normal.

Pas de fièvre.

— Le dosage de l'urée sanguine a donné 2 gr. 50 par litre.

La malade a été mise au régime lacté et on lui a donné 0 gr. 25 de poudre de Scille par jour.

26 Mai. L'état est stationnaire. La malade se sent encore fatiguée. Le frottement péricardique est aussi intense. Les

urines ne sont pas plus abondantes. Elle dort bien et ne se plaint pas de dyspnée.

28 *Mai*. Le frottement n'a pas changé. L'asthénie est toujours profonde. Les urines sont plus abondantes et atteignent un litre par 24 heures. Elles contiennent toujours beaucoup d'albumine (0 gr. 75). Le pouls bat à 82. La tension artérielle est de 16-9 au Pachon.

29 *Mai*. L'urination est notablement améliorée ; le bocal contient un litre et demi d'urines plus claires, mais toujours albumineuses. Les autres symptômes sont les mêmes.

2 *Juin*. Le frottement péricardique semble diminuer. La malade se sent moins fatiguée. Les urines oscillent autour de un litre, mais la malade les recueille irrégulièrement depuis qu'elle se lève. Aux poumons on constate une légère submatité avec obscurité respiratoire à la base gauche.

5 *Juin*. Etat stationnaire. L'examen radioscopique fait ce matin a montré un cœur augmenté de volume, principalement dans ses cavités gauches.

8 *Juin*. Le frottement s'entend à peine à l'auscultation. La matité cardiaque n'a pas augmenté. Les bruits du cœur se perçoivent mieux. Le choc de la pointe est nettement perceptible.

15 *Juin*. *Le frottement péricardique a disparu*. L'urée sanguinè est de 2 gr. 41 par litre. Le pouls bat à 80; la tension est de 17-10 au Pachon.

28 *Juin*. La malade s'est sentie très fatiguée dans la journée d'hier. La nuit, elle a eu quelques vomissements avec un peu de diarrhée (2-3 selles). Ce matin, elle se plaint de douleurs articulaires aux genoux et aux épaules. A l'auscultation du cœur, on ne trouve plus de

frottement péricardique, mais on entend un bruit de galop très net. La température est normale.

30 *Juin*. La malade va mieux ; les vomissements sont plus rares et les douleurs articulaires à peine marquées.

3 *Juillet*. La malade va beaucoup mieux. Les troubles digestifs et les douleurs articulaires ont disparu. Sur sa demande, elle quitte le service.

* * *

Le 7 *Août* 1920, la malade entre de nouveau dans le service, se plaignant de céphalée, d'étourdissements, de vertiges et de mouches volantes devant les yeux. Elle a la figure pâle et bouffie; elle n'a pas d'œdèmes des membres inférieurs. Elle est très fatiguée.

L'examen du cœur montre qu'il ne s'est produit aucune modification depuis sa sortie. Le frottement péricardique est toujours absent. Pas de bruits orificiels. Bruit de galop gauche. Le pouls bat à 90, la tension artérielle est de 16-10 au Pachon. Les urines sont rares, foncées et contiennent 1 gramme d'albumine. L'urée sanguine est de 2 gr. 08 par litre.

10 *Août*. Etat stationnaire.

12 *Août*. La malade éprouve un peu de mieux. Elle n'a plus de céphalée, mais elle est encore très fatiguée.

17 *Août*. Pas de changement. Urée du sang : 2 gr. 57.

18 *Août*. La malade a ressenti hier soir une vive douleur dans le flanc droit, irradiant dans la toute moitié droite de l'abdomen. Elle a persisté toute la nuit. La palpation provoque une douleur intense à l'angle costo-lombaire droit. La température s'est élevée à 38° 2. Les urines sont uniformément troubles.

20 *Août*. La douleur lombaire diminue. Les urines s'éclaircissent. La température est redescendue à 37° 4.

26 *Août*. La malade ne se plaint plus du flanc droit. Les urines sont redevenues claires. L'urée du sang est de 2 gr. Le pouls bat à 78. La tension artérielle est de 17-10 au Pachon. L'albumine oscille autour de 0 gr. 90. La numération globulaire a donné 3.500.000 hématies.

30 *Août*. La malade se sent beaucoup mieux. Elle ne se plaint plus de mouches volantes ni de vertiges.

4 *Septembre*. La malade quitte le service. Elle a été consulter pour ses yeux deux jours après. Voici le diagnostic que porte sa fiche : « Azotémique. Albuminurique. Il y a un an, chute brusque de la vision de l'œil gauche. Elle n'a pas été examinée à ce moment-là.

O. D. Papille un peu pâle. Rien d'anormal au fond d'œil. Hypermétropie de 1 D.

O. G. Taie ancienne de la cornée vers 6 heures. Papille légèrement décolorée dans toute son étendue. Staphylome postérieur. Reliquats d'hémorragies le long des vaisseaux, surtout au-dessus de la papille. Pas de lésions maculaires. Myopie de 6 dioptries.

* * *

Le 21 Janvier 1921, la malade revient dans le service. Depuis son départ, elle n'a jamais éprouvé de mieux. Il y a deux mois, elle a eu une congestion pulmonaire et, depuis, la dyspnée s'est installée définitivement, dyspnée d'effort et de décubitus dorsal. La pollakiurie s'est accentuée. Les troubles visuels se sont aggravés de nouveau ; la vue a tellement baissé ces derniers temps que la malade pouvait à peine se diriger. Les vomissements ont

repris et sont devenus incoercibles ; la malade ne peut rien garder de ce qu'elle prend.

Actuellement, la malade présente un facies pâle, bouffi, subictérique. Il n'y a pas d'œdèmes des membres inférieurs.

A l'auscultation du cœur on ne trouve pas de frottement. Par contre on note un souffle systolique, à timbre rude, à la pointe. Il n'y a pas de bruit de galop. A la base, on n'entend rien. Le pouls est régulier et bat à 85 à la minute. La tension artérielle est de 15-10 au Pachon. Quelques râles de congestion aux deux bases.

Le foie déborde de un travers de doigt le rebord costal ; il est sensible à la pression.

Les urines sont pâles, mousseuses et contiennent 0 gr. 50 d'albumine.

Inappétence absolue, langue saburrale. Pas de vomissements ni diarrhée.

Urée du sang : 2 gr. 52.

Après préparation par saignée et purgation drastique, on l'a soumise au traitement digitalique.

26 *Janvier*. Etat stationnaire. Pouls à 80.

28 *Janvier*. Pas de changement. Albumine 1 gr. 70. Tension artérielle 15-9. Pouls à 80.

1^{er} *Février*. La malade se sent un peu mieux et se lève.

9 *Février*. Depuis quelques jours, la malade se sent plus fatiguée. Elle respire moins bien. On l'a soumise de nouveau à l'eau lactosée et au régime lacté.

17 *Février*. Saignée de 400 grammes. Urée sanguine : 2 gr. 78. Tension artérielle 16-10.

26 *Mars*. La malade a des épistaxis depuis quelques jours. Pouls à 78. Tension artérielle : 18-12.

5 *Avril*. La malade se sent plus mal. La dyspnée s'accroît à nouveau. Le pouls bat à 90. Saignée de 250 gr. et purgation drastique. Traitement digitalique.

26 *Avril*. La malade commet des imprudences ; elle mange en cachette. Son état s'aggrave. La dyspnée est de plus en plus intense. Le subictère s'accroît. Urée : 3 gr. 20. Cependant la malade insiste pour partir, et on lui signe la feuille de sortie.

* * *

Le 3 *Mai*, la malade revient dans un état des plus graves. Depuis son départ, son état a rapidement empiré. Elle a été prise, aussitôt sortie, de diarrhée intense, mêlée de sang.

Aujourd'hui, la malade est abattue et répond difficilement aux questions. La face est bouffie et subictérique. La dyspnée est intense. La diarrhée est fréquente (10-15 selles par jour) et nettement hémorragique. Hémorragies de la muqueuse bucco-linguale.

Les signes cardiaques sont les mêmes ; souffle systolique rude à la pointe, pas de bruit de galop, pas de frottement péricardique. Urines rares, foncées, contenant beaucoup d'albumine.

Le pouls bat à 95. La tension artérielle est de 15-16 au Pachon.

4 *Mai*. L'état est plus grave qu'hier. La malade est dans un état de somnolence et semble indifférente à ce qui l'entoure. Les hémorragies intestinales et buccales sont plus marquées. Le subictère est plus foncé. Par moment, la malade présente un rythme de Cheyne-Stokes. Urée du sang : 2 gr. 30.

5 *Mai*. Mort dans le coma avec Cheyne-Stokes.

L'autopsie n'a pas pu être pratiquée. (Opposition).

Il y a dans cette observation, des faits qui concordent avec les notions classiques, sur la péricardite brightique : il y en a qui sont en contradiction absolue avec elles.

Il s'agit d'une femme azotémique dont le taux de l'urée du sérum sanguin est supérieur à 2 grammes par litre, avec un ensemble clinique qui traduit indiscutablement le degré avancé de l'évolution du syndrome brightique. Cette péricardite, évoluant sans fièvre, se présente dans les conditions jusqu'ici classiques de la péricardite brightique, survenant à l'étape ultime de l'affection rénale, la réaction séreuse et le taux élevé de l'azotémie s'accordant pour permettre d'affirmer la mort prochaine.

Or, vingt jours plus tard, le frottement péricardite a disparu ; l'état de la malade est stationnaire et l'azotémie demeure à 2 grammes 41 d'urée par litre. On a pu lire dans notre observation qu'il s'agissait d'un frottement net à timbre râpeux et dont les caractères ne permettaient pas l'hésitation.

Cette malade a donc présenté une péricardite sèche qui a évolué en une vingtaine de jours jusqu'à la guérison. De plus, malgré l'existence d'une azotémie, qui s'est élevée jusqu'à 3 grammes 20, la malade a vécu pendant un an presque jour pour jour, depuis le moment où l'on a constaté pour la première fois son frottement péricardique et sans nouvelle réaction de la séreuse péricardique.

Or, on sait qu'une azotémie au-dessus de 2 grammes fait pronostiquer une survie de quelques mois ou de quelques semaines seulement ; une azotémie au-dessus de 3 grammes est l'indice d'une mort très proche.

La règle pronostique de M. Widai, qui se confirme dans

l'immense majorité des cas, est donc en défaut, chez cette malade.

Il semble d'ailleurs que ces cas de tolérance azotémique, quoique fort rares cependant, ne soient pas aussi exceptionnels qu'on le pense. Josué et Parturier (1) ont cité l'exemple d'un malade qui supporta pendant plus d'un an et sans troubles sérieux une azotémie oscillant autour de 3 grammes.

Tout récemment, J. Teissier (2) signale « certaines tolérances exceptionnelles vis-à-vis du taux de saturation des agents de l'intoxication. » Il a vu « la dose à peu près constante, avec de légères oscillations, de 4 grammes 50 d'urée sanguine, tolérée pendant 15 mois, sans entraîner des signes d'auto-intoxication prononcée. »

Un autre de ses malades « *a survécu huit années*, qui supporta pendant trois ans une dose d'urée plusieurs fois contrôlée de 3 grammes 50. »

Ces exceptions isolées ne sauraient évidemment infirmer la règle, confirmée par des constatations journalières. Mais elles nous permettent de tenter une explication du fait que nous venons de rapporter.

La guérison de la péricardite brightique, observée par nous, concorde avec une tolérance prolongée de l'azotémie : il en fut de même, dans le cas de Chauffard et Huber.

On peut donc penser que dans les cas où, suivant la règle, l'apparition de la péricardite est suivie rapidement de mort, celle-ci est en réalité sous la dépendance de l'intoxication azotée. Si, comme le disent Widal et A. Weill, la

(1) O. JOSUÉ et M. PARTURIER. L'Azotémie des asystoliques. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 14 décembre 1917.

(2) J. TEISSIER. Des Néphrites azotémiques. *Journ. de Médec. de Lyon*, 20 mai 1921, n° 33, p. 935.

péricardite est surtout redoutable parce qu'elle est une manifestation de l'azotémie, on comprend que dans les cas où, comme dans le nôtre, le taux élevé de l'azotémie permet cependant une survie prolongée, la péricardite n'a pas en elle-même la signification redoutable qu'on lui attribue.

Il semble donc que la péricardite brightique n'est d'un pronostic aussi sombre que parce qu'elle survient en général à la période de la grande azotémie terminale, dont l'évolution est rapidement fatale, et comme un témoin de la déchéance profonde de l'organisme. Dans les cas où la tolérance de l'organisme vis-à-vis de la rétention azotée est plus grande et où le pronostic inhérent au degré de l'azotémie reste en défaut, il est possible que la péricardite, évoluant pour son propre compte, puisse aboutir à la guérison.

Du cas que nous avons observé, comme de celui de Chauffard et Huber, il semble qu'on puisse conclure que le pronostic de la péricardite brightique dépend de celui du syndrome azotémique qu'elle complique.

CONCLUSIONS

Nous avons observé chez une femme atteinte de néphrite azotémique une péricardite, qui a évolué sans fièvre et qui s'est terminée par la guérison, en une vingtaine de jours.

De plus, la malade, malgré une azotémie supérieure à 2 grammes et constatée à plusieurs reprises, a cependant survécu pendant un an.

Or, le pronostic de la péricardite brightique est ordinairement fatal à brève échéance, et cette complication survient en général à l'étape terminale du syndrome azotémique, au moment où la limite de tolérance vis-à-vis de la rétention azotée est atteinte.

L'évolution exceptionnelle de la péricardite que nous avons observée coïncidait avec une tolérance également exceptionnelle d'une azotémie élevée. On peut donc penser que c'est la gravité habituelle du syndrome azotémique qu'elle complique qui donne à la péricardite brightique sa signification redoutable.

Vu : *Le Président de Thèse,*
P. CARNOT.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

BANTI (A). — *Ueber die aetiologie der pericarditis. Deutsch Med. Woch. XII, 1888.*

BOSC (E. J. S.). — *De la péricardite des brightiques. Presse médicale 28 Sept. 1898, p. 185.*

BRIGHT (R.). — *Reports of medical cases, in-4, London 1827.*

CHAUFFARD et HUBERT. — *Péricardite urémique avec frottement dorsal et terminée par guérison. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp., 4 Février 1921.*

JOSUÉ et PARTURIER. — *L'azotémie des asystoliques. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. 14 Déc. 1917.*

KÉRAVAL (P.). — *Etude clinique et expérimentale sur la péricardite urémique. Thèse de Paris, 1879, p. 17.*

LECORCHÉ et TALAMON. — *Traité de l'Albuminerie et du mal de Bright, Paris, Doin 1888.*

MÉNÉTRIER et PINEAU. — *Bull. Soc. Anat. 1892, p. 769.*

MERKLEN. — *La Péricardite des brightiques. Semaine Médicale, 6 Avril 1892.*

OULMONT et RAMOND. — *Sur la péricardite brightique purulente*. *Presse Médicale*, 10 Nov. 1900, p. 327.

RABÉ (M). — *La péricardite brightique* (*Gazette des Hôpitaux*) Août 1897.

RAYER (P). — *Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire*, etc., Paris, Baillière, 1849, tome II, p. 327.

TEISSIER (J.). — *Des néphrites azotémiques*. *Journal de Méd. de Lyon*, 20 Mai 1921, n° 33, p. 935.

WEILL (A.). — *L'azotémie au cours des néphrites chroniques*. *Thèse de Paris*, 1913, Steinheil, Editeur.

WIDAL et WEILL. — *La péricardite des brightiques*. *Journal d'Urologie*, Février 1912, p. 177.



